



Formulaire d'adhésion
(Merci d'écrire lisiblement)

Mr Mme Dr Pr

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Fonctions : _____

Spécialité principale : _____

Spécialité ou compétence complémentaire : _____

Date d'obtention du diplôme de spécialiste (DESC Réa, DES ou autre) : _____

Service (intitulé exact) : _____

Appartenance à autre syndicat : OUI NON

Adresse professionnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____

Courriel : _____

Signature : _____

Formulaire à adresser au Secrétaire Général :

Dr Benoît MISSET
Hôpital St-Joseph
Service Réanimation Polyvalente
185, rue Raymond Losserand
75014 PARIS
Courriel : bmisset@hpsj.fr

Siège Social :
SNMRHP c/o COLLOQUIUM – 12 rue de la Croix-Faubin – 75557 PARIS Cedex 11
Tél : 01 44 64 14 47 – Fax : 01 44 64 15 16
A l'attention de Cybèle VERONE